

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1901, à 1 heure

Par I. ATTIAS

Né à Constantinople, le 10 septembre 1876.

DE LA

RHINO-PHARYNGITE ET AMYGDALITE

CHRONIQUE

Et de ses Conséquences chez les Enfants

Président : M. GRANCHER, professeur.

Juges : MM. RAYMOND, professeur.

MARFAN et THIROLOIX, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1901, à 1 heure

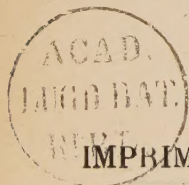
Par I. ATTIAS

Né à Constantinople, le 10 septembre 1876.

DE LA

RHINO-PHARYNGITE ET AMYGDALITE

CHRONIQUE

*Et de ses Conséquences chez les Enfants**Président : M. GRANCHER, professeur.**Juges : MM. RAYMOND, professeur.**MARFAN et THIROLOIX, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		N.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		DEBOVE.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILLIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
AICHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Ma tendresse et ma reconnaissance toutes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GRANCHER,

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de Clinique infantile,
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

EXPOSÉ ET DIVISION DU SUJET

L'inflammation de la muqueuse qui tapisse les fosses nasales, le rhino-pharynx et les amygdales est, chacun sait cela, très fréquente chez les enfants. Aussi les livres et les traités classiques décrivent-ils avec soin, et en des chapitres spéciaux, les rhinites, les pharyngites, les amygdalites, aiguës ou chroniques, d'origines multiples, auxquelles l'enfant semble tout spécialement voué.

Mais il est des cas où nez, rhino-pharynx proprement dit et amygdales sont envahis, atteints par l'infection en même temps, — et c'est en face de rhino-pharyngo-amygdalites qu'on se trouve.

Ainsi étendue et passant souvent à la chronicité, surtout chez des sujets à terrain tout préparé, l'infection rhino-pharyngo-amygdalienne a une importance suffisante, croyons-nous, pour être étudiée en

chapitre spécial, et ce qui répond bien aux réalités de la clinique.

C'est ce chapitre dont nous allons essayer, par la suite, d'esquisser la description, en nous en tenant surtout au processus chronique.

Le rhino-pharynx, carrefour des voies digestives et respiratoires est, par sa situation même, fatalement voué à des envahissements infectieux venant de différents côtés et, par ses connexions, en mesure de communiquer à son tour les phlegmasies qui le frappent, aux organes contigus.

Il en résultera une sorte de solidarité pathologique entre ces différents organes et, pour peu que dure une inflammation dans la région rhino-pharyngo-amygdalienne, il sera rare de ne point voir surgir des accidents différents et multiples, quelquefois accidents à distance, souvent des infections fébriles généralisées, — toutes affections qui donneront facilement le change et qui, non rapportées à leur point de départ et prises pour primitives, seront alors traitées comme telles : d'où un traitement qui, n'atteignant point la cause, restera, dans la plupart des cas, inefficace.

Notre but, la tâche que nous nous sommes donnée, c'est d'abord de rappeler ici les complications si nombreuses survenant à la suite de ces phlegmasies qui s'attardent et parfois s'éternisent chez les sujets non traités ou qui le sont mal, — complications dont un très grand nombre ont déjà été rapportées, signalées par les auteurs et étudiées en détail.

D'autres complications, au contraire, à peine mentionnées dans les livres, sont restées dans l'ombre, tels les troubles digestifs, et sur elles, M. Aviragnet a tout récemment insisté et appelé l'attention à différentes reprises : nous en ferons spécialement l'objet de notre étude.

C'est à M. Aviragnet que nous en devons l'idée première. Il a bien voulu nous communiquer ses premières observations et nous a aussi aidé de ses conseils. Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements pour sa bienveillance constante à notre égard.

Après un aperçu de l'étiologie, nous ferons une description succincte de la symptomatologie.

Nous rappellerons ensuite brièvement, et dans un chapitre d'ensemble, toute la série des troubles, aujourd'hui classique, que l'on a constatés jusqu'à présent chez les enfants porteurs de la forme chronique de rhino-pharyngite et amygdalite chronique.

Puis, dans un autre chapitre, nous traiterons de ces complications peu ou point signalées, c'est-à-dire :

- 1° Des troubles digestifs;
- 2° Des accès de fièvre de type différent pouvant simuler même l'accès paludique.

Avant d'entrer dans le plein du sujet, nous croyons devoir faire à grands traits l'étude histologique de la région qui nous occupe et rappeler brièvement les notions acquises en ces dernières années sur les hôtes habituels de la cavité rhino-pharyngée et sur le rôle de défense dévolu à la muqueuse qui la tapisse.

Nous finirons enfin en exposant le traitement.

Fidèle à un devoir aussi agréable que juste, nous voulons, au seuil de notre vie de praticien, remercier tous nos maîtres des hôpitaux qui ont contribué à notre éducation médicale.

MM. Launois, Lejars, Troisier et Robin ont été nos maîtres pour la pathologie interne et externe.

M. le professeur Budin nous a instruit dans l'art délicat des accouchements, et il nous a honoré et rendu grand service en nous permettant de prolonger notre séjour dans sa belle Clinique.

Nous avons suivi pendant deux semestres la clinique des maladies de l'enfance, où notre bon et cher maître, M. le docteur Marfan, nous a initié à la pratique si intéressante et difficile de la pédiatrie. Nous ne pourrons jamais oublier ses leçons, ses démonstrations quotidiennes au lit des petits malades, et les conseils et les enseignements qu'il ne cessait de prodiguer à tous ses auditeurs. Personnellement, nous nous sentons redevable envers ce Maître d'une reconnaissance infinie, et nous sommes heureux de lui en faire hommage aujourd'hui avec l'expression de notre très profond respect.

Que M. le professeur Grancher veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu histologique et microbiologique.

Fonctions de Défense.

La surface intérieure du rhino-pharynx est recouverte dans sa totalité par une membrane muqueuse, Cette muqueuse est, à l'état normal, rosée, irrégulière, présentant par places de petits soulèvements, des plis, plus ou moins confluent.

Latéralement, de chaque côté et à sa partie supérieure, cette surface muqueuse présente, on le sait, l'orifice interne de la trompe d'Eustache, d'où une solidarité à prévoir entre ces deux cavités : rhino-pharynx et oreille moyenne. Exactement au dessous de cet orifice se trouve creusée l'excavation qui loge l'amygdale palatine et les deux piliers du voile du palais qui la délimitent.

La limite supérieure se trouve constituée par l'apophyse basillaire de l'occipital, apophyse qui, comme

nous le dirons tout à l'heure, porte une des principales formations lymphoïdes de la région.

Une muqueuse, avons-nous dit, tapisse toute l'étendue de la région et elle se trouve en continuité parfaite avec les muqueuses salpingienne, laryngienne et œsophagienne.

Comme toutes les muqueuses, celle-ci aussi présente une couche superficielle épithéliale, dont dépendent les glandes à sécrétion muqueuse qui se déversent sur elle, ses cryptes et ses replis ; — et une couche profonde dermique : c'est cette dernière qui, au point de vue spécial qui nous occupe, est surtout intéressante à considérer.

En effet, ce derme est remarquable par sa richesse en tissu lymphoïde, et nous allons examiner avec quelques détails son mode de distribution.

Ces follicules lymphatiques sont, tout autour de la cavité, disséminés un peu partout. En certains points ils sont isolés, sans ordre et sans conformation spéciale. En d'autres, au contraire, ils sont confluent ou agminés, de façon à constituer des masses, des amas à caractères morphologiques définis.

Ainsi les piliers postérieurs du voile du palais sont parsemés, comme tachetés, en chacune de leurs faces par des follicules clos isolés ; de même, tout l'espace compris entre le V lingual, l'épiglotte et les tonsilles, est recouvert d'une nappe irrégulière de ces petits organes lymphoïdes.

Mais où ces derniers revêtent une confluence tout à fait marquée, marquée au point de constituer des for-

mations globuleuses, c'est d'abord — l'amygdale pharyngée — sous la partie de la muqueuse qui revêt l'apophyse basillaire, entre les orifices des deux trompes d'Eustache qu'elle touche presque, et étalée en crête transversale sur une longueur de deux à trois centimètres avec une disposition feuilletée; ce sont ensuite les amygdales palatines, entre les deux piliers du voile, dans leur logette propre.

Par ses extrémités un peu renflées, l'amygdale pharyngée touche presque la partie supérieure des amygdales palatines, et celles-ci d'autre part, par leur pôle inférieur frôlent, pour ainsi dire, l'amas folliculaire du V lingual, — de telle sorte que le carrefour bucco-rhino-pharyngé se trouve comme encerclé par un anneau de formations lymphoïdes presque ininterrompues. C'est à ce cercle qu'il a été donné le nom d'anneau de Waldeyer.

Voici donc une région qui, d'une part se trouve, de par ses rapports avec le milieu extérieur, et de par ses contacts incessants avec des aliments, continuellement exposée à être envahie par des germes nocifs de toute nature.

Et ces chances de vulnérabilité se trouvent accrues de ce fait que, humidité, chaleur et stagnation, forment des conditions idéales pour le développement et la pullulation des bactéries.

Mais en regard de ces faits se place d'elle-même cette notion, à savoir que la région est armée pour la lutte, qu'elle se trouve fournie abondamment de matériaux de défense, — et c'est cet anneau, cette abon-

dante nappe lymphatique qui, avant les ganglions proprement dits, veille au passage.

Voyons donc rapidement quels sont, hors l'état de maladie, les hôtes habituels du rhino-pharynx susceptibles à un moment donné de l'attaquer.

Nous verrons ensuite comment se défendra la région.

Les recherches de M. Cornil, de M. Netter, les travaux de Pflugge, ont démontré l'existence, dans la cavité rhino-pharyngée des sujets normaux et bien portants, de toute une flore bactérienne qui y a pris, dirait-on, ses quartiers généraux.

Ainsi l'examen du mucus prélevé sur l'amygdale de sujets sains a permis d'y déceler des micro-organismes variés parmi lesquels il en est certainement de pathogènes.

Pour ne citer que ceux qui rentrent dans les espèces définitivement classées, on y a découvert les divers microbes pyogènes, *streptocoques* et *staphylocoques blancs et dorés*.

Pasteur, Frœnkel, Sternberg et Netter ont trouvé le *Pneumocoque* dans la salive, et M. Cornil nous apprend, dans ses leçons sur la pneumonie (1886) que le microbe de Talamon-Frœnkel se retrouve aussi, entre autres micro-organismes, dans les produits de raclage des amygdales

De même Strauss a retrouvé le bacille de Koch dans le rhino-pharynx et dans les fosses nasales d'individus ne présentant aucune trace de tuberculose. Mais ici le fait est loin d'être fréquent,

Le bacille de Klebs-Löffler a été retrouvé également dans le rhinopharynx d'individus sains. Et, notion capitale nous semble-t-il, au point de vue de la contagion possible, on a constaté la persistance de ce bacille de Löffler dans l'arrière gorge d'individus ayant eu la diphtérie. (Tubiensen, *Nordisk. Med. Arch.* mai 1892). Enfin on y a trouvé le champignon de l'actinomyose (Ponfick, Johnes).

Ainsi, voilà bien des ennemis, toute une série d'agents pathogènes, sommeillant dirait-on dans cette région.

Resteront-ils toujours ainsi inoffensifs ? Les faits répondent d'eux-mêmes. Que les conditions physiologiques viennent à se modifier, que l'individu, porteur de toute cette flore, soit à un moment donné dans des conditions de résistance moins bonnes ou tout à fait mauvaises, (poussées inflammatoires, traumatisme local, etc) et ces hôtes, jusqu'ici inoffensifs, exalteront leur puissance nocive, élaboreront leurs toxines, exerceront leurs méfaits, en un mot : l'organisme sera prêt à être envahi et l'infection sera partie de ce niveau, c'est-à-dire du rhino-pharynx.

Mais nous avons dit cette région armée pour la lutte.

Comment va-t-elle se défendre et, partant, défendre l'organisme ? C'est ce qu'il nous reste à examiner dans cet aperçu préliminaire.

La question revient à celle-ci ; Au point de vue de la défense, quelle est la physiologie de la région, quelles sont ses fonctions ?

Avant de rappeler les travaux actuels sur ce sujet et les notions bien définies qui en sont résultées, jetons un coup d'œil en arrière, interrogeons nos devanciers.

Perrin (Thèse de Paris, an xiii, n° 461) écrivait à ce sujet : « Les fonctions des amygdales sont de filtrer et de répandre une humeur aqueuse, presque semblable à celle des narines : de lubrifier la cavité du pharynx pour faciliter la déglutition du bol alimentaire ; d'empêcher que l'entrée de l'air pendant l'acte de la déglutition et de la parole ne dessèche l'arrière-bouche ; de concourir à former, avec la salive, le bol alimentaire ; de modérer et suspendre la soif en humectant le pharynx. »

Pour Dupuy (Dupuy, *dissert. sur l'inflam. aiguë et chron. des amygdales*, Thèse de Paris, 1822) les amygdales « secrètent un mucus demi-transparent, visqueux, filant, destiné à enduire la surface du bol alimentaire. C'est particulièrement l'action du constricteur supérieur du pharynx et la compression exercée par le bol alimentaire contre ces corps glanduleux qui déterminent par expression la sortie du mucus qu'ils contiennent dans leurs cavités ».

Dans la thèse de Pertus, (Pertus, *l'Amygdale considérée dans ses rapports anat. physiol. et path.* Paris, 1824) on lit :

« Les propriétés vitales de la tonsille sont *peu remarquables*; ainsi, là comme sur le voile du palais, l'impression des saveurs se fait sentir... La seule fonction de l'amygdale est de former, par une sécrétion

folliculaire, un liquide blanchâtre, inodore, visqueux, presque identique au mucus buccal... »

Voilà pour les amygdales. Le reste des formations lymphoïdes de la région, l'amygdale de Luschka était ignoré. A plus forte raison leurs fonctions.

Ainsi, pour nos devanciers, le rôle de cet amas de follicules lymphatiques, les tonsilles, se bornait en somme à sécréter un liquide muqueux destiné à lubrifier la cavité buccale et à favoriser la formation et le glissement du bol alimentaire, — propriété vitale « peu remarquable », ainsi que dit Pertus. Mais depuis, nous savons que la science a été amenée à considérer un rôle bien autrement important et des propriétés vitales très remarquables, au contraire, aux tonsilles palatines et au reste des formations lymphoïdes de la cavité rhino-pharyngée.

Il est d'abord admis aujourd'hui que certaines propriétés chimiques de la salive et aussi des propriétés mécaniques des épithéliums de la région concourent, pour une faible part, il est vrai, mais qui n'en existe pas moins, à défendre cette cavité contre les hôtes pathogènes nombreux qui l'occupent en permanence.

Sanarelli avait voulu voir des propriétés antimicrobiennes très prononcées dans la salive. Mais, par suite d'expériences dans le détail desquelles ce n'est pas ici le lieu d'entrer, Hugenschmidt est arrivé à cette conclusion que « l'action bactéricide de la salive lui paraît des plus problématiques ».

Tout au plus faudrait-il lui reconnaître une action

mécanique par laquelle elle agglutine les microbes et les entraîne dans l'estomac où ils sont détruits.

Le même auteur conclut encore de ses expériences que la présence du sulfo-cyanure de potassium dans la salive, à titre antiseptique, est des plus contestables et ne joue aucun rôle bactéricide.

Un autre mode de défense, invoqué pour cette région, consiste dans ce fait que les épithéliums stratifiés possèdent la propriété de se renouveler continuellement dans leurs couches superficielles, renouvellement qui, se faisant de façon très fréquente, pour ainsi dire à chaque repas, entraîne en même temps avec lui les innombrables bactéries que la muqueuse loge dans ses interstices et à sa surface.

Mais ce sont tous là moyens peu actifs et de second plan. Au dessus d'eux, et en harmonie avec eux, se place cet autre procédé de défense, procédé capital : nous voulons parler de la *phagocytose*, fonction générale et à ce niveau particulièrement active (Metchnikoff, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887).

Au niveau de cette véritable nappe lymphoïde, qui double la muqueuse de revêtement et que nous avons décrite plus haut, se rencontrent les diverses espèces de leucocytes contractiles et phagocytaires et surtout les leucocytes polynucléaires.

Toutes ces cellules migratrices arrivent sans cesse à la surface de la muqueuse, comme le prouve leur présence dans les sécrétions de la région, ainsi que l'examen microscopique qui a permis de voir les leucocytes dans l'interstice des cellules épithéliales.

Ainsi la *leucocytose*, c'est-à dire l'acte nécessaire à la phagocytose, fonction de défense, est donc un fait physiologique, que l'on observe normalement dans la cavité bucco-pharyngée.

Dans ces derniers temps, on a de plus mis en lumière ce fait, à savoir que cette phagocytose se trouve *activée chaque fois que la muqueuse subit un traumatisme*, et cela de par les propriétés d'attraction (*chimiotaxie positive*) que les microbes exercent sur les leucocytes.

Tout récemment encore, une thèse soutenue devant cette Faculté, démontre qu'au niveau du nez c'est encore la phagocytose, fonction générale, qui intervient pour la défense, et non plus des propriétés bactéricides du mucus nasal, comme on l'a cru jusqu'ici. (P. Viollet, Thèse de Paris, 1900) (1).

(1) M. Viollet dit que :

« L'exode des leucocytes à travers la membrane basale de l'épithélium nasal paraît devoir être facilité par l'existence d'un système de fins canalicules anastomosés en réseau que l'on constate dans l'épaisseur de la membrane basale. Ces canalicules perforants de la membrane basale font communiquer les espaces lymphatiques du chorion avec les interstices qui séparent les cellules constituant de l'épithélium.

Et il conclut de ses expériences :

« Les éléments figurés du mucus, au premier rang desquels se placent les leucocytes, sont sans doute les seuls agents actifs de la défense de l'organisme contre l'infection au niveau des fosses nasales ». « Le mucus normal, dépouillé de ses éléments figurés, n'est pas bactéricide pour les espèces pathogènes vulgaires. Le mucus pathologique l'est encore moins. »

Pour nous résumer, nous répéterons donc que la résistance des tissus constituant les parois rhino-pharyngées, vis-à-vis des microbes si abondants et si variés de l'arrière-gorge, est due à la multiplicité des formations lymphoïdes en cette région et à l'énergie de la phagocytose qui en résulte.

Mais étant donnés ces énergiques moyens de lutte, comment et sous quelles influences cette défense sera-t-elle annihilée et vaincue ?

Ceci nous amène à parler de l'Etiologie.



CHAPITRE II

Étiologie et Symptômes de la Rhino-pharyngo-amygdalite chronique.

Toutes les causes qui, sans être des maladies proprement dites, diminueront la résistance du sujet, toutes les raisons, les incidents qui auront pour effet de le débilitier, affaibliront la vitalité de ses facteurs de lutte et amèneront, comme conséquence, une plus grande activité des micro-organismes qui, nous l'avons vu plus haut, vivent à l'état de saprophytes dans les fosses nasales et l'arrière-gorge.

Ainsi agiront *le surmenage*, les fatigues de *toutes sortes*, *la misère physiologique*, *les traumatismes locaux* et surtout *le refroidissement*.

Et d'autre part, toutes les causes venues du dehors, les infections surajoutées, le décours des pyrexies graves, la contagion par une autre rhino-pharyngite, exalteront directement la virulence de ces hôtes et,

d'inoffensifs, les rendront nocifs. C'est ainsi que l'on voit surtout survenir l'inflammation du rhino-pharynx d'une façon à peu près constante au cours des pyrexies infectieuses, *la rougeole, la scarlatine, la grippe, la fièvre typhoïde.*

La rhino-pharyngo-amygdalite, quelle que soit sa cause, se terminera soit par la guérison définitive et complète, soit en laissant un reliquat derrière elle, un état inflammatoire qui trainera en longueur : la forme chronique de la rhino-pharyngo-amygdalite se sera ainsi constituée.

Au cours de cet état et sous l'influence soit d'un terrain lymphatique, soit d'un refroidissement par exemple, de nouvelles poussées aiguës surviendront alors plus aisément et avec plus ou moins de fréquence : elles pourront être généralisées encore à toute la région ; ou elles pourront au contraire se cantonner, se limiter en un point, et alors ce sera souvent le pharynx nasal, le *cavum*, qui sera frappé, c'est-à-dire la région des végétations adénoïdes, d'où le nom d'*adénoïdite*.

Et cependant, pour être silencieuse ou moins bruyante, l'inflammation n'en existe pas moins sur tout le reste de la région, amygdales et pharynx buccal.

En effet l'infection, bien que généralisée à toute cette muqueuse a subi un regain d'activité en un de ces points, voilà tout ; et beaucoup de cas étiquetés adénoïdites ne sont qu'un épisode aigu au cours d'une rhino-pharyngo-amygdalite chronique.

Et d'ailleurs, non seulement le terme est exclusif, mais il éveille encore l'idée de végétations adénoïdes

qui se seraient enflammées. Or, comme l'écrivait dernièrement M. Aviragnet, ce n'est pas toujours le cas, et des sujets *non porteurs de végétations adénoïdes* ont des poussées inflammatoires aiguës au niveau de leur cavum pendant leur rhino-pharyngo-amygdalite chronique.

Ceci dit, nous pouvons aborder la description symptomatique de la rhino-pharyngo-amygdalite.

Étudions d'abord l'état du rhino-pharynx et des amygdales pendant la période de chronicité; nous verrons ensuite les modifications qui surviennent du fait des poussées aiguës.

Symptômes.

Signes physiques. — L'enfant atteint de rhino-pharyngo-amygdalite chronique a souvent les fosses nasales sèches et encombrées de croûtes : il en résulte pour lui une obstruction de ses voies aériennes qui le forcera à tenir sa bouche ouverte.

Tantôt au contraire les croûtes sont peu nombreuses ou absentes, et il s'est établi une sécrétion nasale abondante. Or, chez les tout petits qui ne savent point se moucher, cette hypersécrétion s'accumule en arrière et descend le long de la paroi postérieure du pharynx sous forme de pelotons qui viennent s'ajouter au mucopus des parois pharyngée et amygdalienne.

Mais pas plus qu'il ne sait se moucher, l'enfant ne sait cracher non plus, et finalement toute cette sura-

bondance de sécrétions septiques glissera dans l'œsophage et sera collectée dans l'estomac.

Si on fait ouvrir la bouche à l'enfant et qu'on parvienne à examiner son pharynx, on apercevra, en même temps que la descente des petits paquets mucopurulents, une muqueuse rouge, épaissie, tomenteuse ; des amygdales irrégulières et plus ou moins volumineuses.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont retrouvés engorgés bien souvent.

Signes fonctionnels. — Tous ces désordres amènent certes des troubles dans les fonctions de ces organes. L'enfant respire par la bouche et son sommeil s'accompagne de ronflements plus ou moins prononcés. Mais le plus important et le plus constant de ces troubles fonctionnels c'est *la toux*.

En effet, le muco-pus en glissant sur la paroi postérieure du pharynx, irritera au passage la région inter-aryténoïdienne, et le réflexe tussigène dont c'est le siège, en sera continuellement sollicité et réveillé.

La toux pourra être quinteuse, surtout chez les tout petits ; elle pourra être continue. La position horizontale favorisera plutôt les quintes.

Enfin la toux s'accompagnera quelquefois de vomissements ou seulement de nausées, et l'on aura alors affaire à cette forme décrite par M. Gastou, sous le nom de « *toux pharyngée spasmodique émetisante des jeunes enfants* ».

Tels sont donc les symptômes physiques et fonctionnels pendant la période chronique.

Tous ces phénomènes subiront une recrudescence pendant les poussées aiguës, et l'enfant accusera alors en plus des douleurs dans la gorge, de la dysphagie ; il toussera avec plus de persistance : les sécrétions muco-purulentes de son rhino-pharynx seront activées et exagérées ; et quelquefois l'on verra même les sécrétions nasales, en coulant au devant du nez, venir inoculer jusqu'à la peau au pourtour des lèvres et y déterminer l'apparition de boutons impétigineux.

Puis au bout de quelque temps, tout rentrera définitivement dans l'ordre, au moins jusqu'à la prochaine poussée aiguë.

Or ces dernières, nous l'avons dit, sont fréquentes et plus ou moins nombreuses selon les sujets, leur terrain, les maladies intercurrentes et l'hygiène suivie.

Et de cette répétition de troubles il en résultera une tuméfaction, à chaque fois plus marquée, du tissu lymphoïde de la région, et dont la régression sera de moins en moins active.

Alors les choses ne s'en tiendront plus là et, de ce fait, de cet état chronique, des *complications* résulteront bien souvent, de même qu'il pourra en survenir par le fait des poussées aiguës.

Nous étudierons ci-dessous les unes et les autres.

CHAPITRE III

Revue d'ensemble sur les diverses complications déjà signalées.

Les complications qui surviennent souvent au cours de l'infection chronique du rhino-pharynx et des amygdales ou pendant une poussée aiguë, peuvent frapper les différents appareils de l'organisme.

La liste en est même assez longue pour que M. Lermoyez ait écrit qu'une « iliade de maux » menace le sujet dont le rhino-pharynx et les amygdales sont chroniquement enflammés.

Il nous semble donc bon de classer un peu ces complications multiples, et de les faire rentrer dans trois catégories que nous passerons en revue, nous réservant de n'insister que sur les conséquences peu ou point signalées jusqu'ici.

Nous rappellerons donc :

Les infections de voisinage ;

Les troubles réflexes et mécaniques ;

Les infections à distance.

1° Complications de voisinage.

Nous avons signalé plus haut cette disposition de l'amygdale pharyngée qui, par ses extrémités latérales, aborde un peu de chaque côté l'orifice interne des trompes d'Eustache. La muqueuse du rhino-pharynx se continue d'ailleurs sans interruption avec la muqueuse salpingienne, et, d'autre part, le pavillon tubaire chez l'enfant n'est pas protégé, comme chez l'adulte, par un bourrelet saillant : voilà bien des raisons pour qu'une infection de la muqueuse rhino-pharyngée se communique sans difficulté à la muqueuse tubaire — et, de là, à celle de la caisse du tympan : résultat, *une otite moyenne*, souvent même double. Aussi, et c'est un fait bien connu, cette dernière est-elle très fréquente chez les enfants atteints de rhino-pharyngo-amygdalite chronique (1).

Mais la région rhino-pharyngée ne communique pas qu'avec l'oreille. Nous savons que les sinus de la face s'y ouvrent aussi ; et cependant les sinusites ne sont guère fréquentes dans l'enfance. M. Lermoyez nous

(1) L'otite elle-même pouvant devenir l'origine de mastoïdites, de complications cérébrales ou méningitiques, de thrombose des sinus.

l'explique en faisant remarquer qu'à cet âge de la vie les sinus sont peu ou point marqués.

De même les voies lacrymales débouchent dans la région (méat inférieur). Et l'infection qui a atteint cette dernière remontera par ces voies et gagnera l'*œil* de l'enfant ; aussi ne sera-t-il pas rare de voir chez ces petits se développer des *dacryoscystites*, des *kératiles*, des *kérato-conjonctivites phlycténulaires*, etc., les phlycténules étant sur la cornée et la conjonctive ce qu'est sur la peau un bouton impétigineux.

Parmi les complications qui tiennent à une infection de voisinage, nous croyons que nous pouvons encore faire rentrer les *abcès péri-pharyngiens*. C'est surtout au cours d'une poussée aiguë, soit primitive, soit consécutive à un état chronique, que l'on observera le développement de ces abcès rétro-pharyngiens et latéro-pharyngiens.

Une thèse récente, soutenue devant cette Faculté, insiste sur ce fait que ces variétés d'abcès péri-pharyngiens simulent quelquefois une adénite (1).

Nous avons vu plus haut, en esquisant les symptômes, que les ganglions cervicaux, sous-maxillaires et angulo-maxillaires, s'engorgeaient au cours de l'affection et qu'à chaque poussée aiguë l'*adénopathie* devenait douloureuse et tendait à se propager à un plus grand nombre de ganglions.

Ces adénopathies s'accompagneront dans certains cas d'une contracture du sterno-cléido-mastoïdien, et il en

(1) Dr Henri Poirier, Thèse de Paris, 1900.

résultera un *torticolis* qu'on qualifiera le plus souvent de rhumatismal.

Nous nous demandons aussi, avec M. Aviragnet et d'autres auteurs, si ce qu'on a décrit sous le nom de *fièvre ganglionnaire* (la *drüsenfieber* de Pfeiffer) n'est pas tout simplement une *adénopathie* consécutive à une poussée aiguë fébrile au cours d'une rhino-pharyngo-amygdalite (1).

M. Lermoyez, dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, dit bien aussi que dans ces cas on a négligé l'examen du rhino-pharynx et méconnu une adénoïdite ou simplement une inflammation du cavum.

Pour notre part, au cours de notre séjour à l'Hôpital des Enfants, nous n'avons d'ailleurs jamais entendu poser ce diagnostic de « fièvre ganglionnaire ».

A la suite de ces adénopathies, il ne sera pas rare de voir un des ganglions, ou un groupe d'entre eux, augmenter seul de volume, et on assistera à la constitution d'une véritable *adénite cervicale aiguë*.

L'on verra alors celle-ci suppurer, ou la résolution surviendra suivie de guérison, ou encore *l'adénite deviendra chronique* et persistera avec une longueur désespérante.

Nous croyons que c'est bien ici le cas de faire inter-

(1) Tout dernièrement, M. Gallois, dans un article documenté, considère pour sa part la fièvre ganglionnaire comme une infection ganglionnaire *banale et consécutive à la grippe*, particulièrement chez les enfants adénoïdiens (*Bulletin médical*, 15 avril 1899 ; et Prof. Hutinel, cours à la Fac. de méd., 1897.)

venir la question de *terrain* et de songer à ce qu'on a appelé *la scrofule*.

Ce sont ces enfants, sujets d'une part aux infections impétigineuses, de l'autre aux inflammations aiguës ou chroniques, avec peu de tendance à la résolution, de leur tissu lymphoïde, ce sont ces enfants que l'on doit dénommer des scrofuleux, des lymphatiques.

Ici, ce sont donc les prédispositions de l'enfant qui commanderont l'évolution de l'adénite vers une résolution rapide ou vers une persistance, au contraire, trop longue.

L'infection des voies aériennes inférieures sera très fréquente au cours ou à la suite des rhino-pharyngo-amygdalites.

En effet, de même que les hôtes de la cavité rhino-pharyngée se propagent, gagnent du terrain, envahissent l'oreille et remontent vers l'œil, de même ils suivront bien fréquemment la voie descendante et iront infecter l'appareil bronchique. D'où des *laryngites*, des *trachéites*, des *bronchites à répétition* qui représentent dans l'enfance ce qu'est la bronchite chronique de l'âge mûr, et dont une seconde cause réside dans la tuberculose.

D'où cette conclusion à tirer, comme nous l'a enseigné notre maître, M. Marfan, que chaque fois qu'un enfant présentera des bronchites à répétition, si l'on peut éliminer les végétations adénoïdes (et ces dernières le plus souvent auront été déterminées par de la rhinopharyngite chronique), il faudra songer à la tuberculose.

En dehors des bronchites à répétition, les enfants, au cours de cette infection rhino-pharyngée, pourront être atteints de *broncho-pneumonies*. Le fait est bien connu et cité dans les classiques.

Cette facilité que présentent les voies respiratoires inférieures de s'infecter à leur tour au cours des rhino-pharyngo-amygdalites, doit aussi par conséquent commander des soins antiseptiques sérieux de cette cavité dès le début et au cours des pyrexies infectieuses (rougeole, grippe, fièvre typhoïde, etc.). Nous avons constamment vu ce précepte mis en pratique par notre maître, M. Marfan, et certes, bien des broncho-pneumonies — si souvent mortelles — étaient évitées par ces simples moyens prophylactiques.

2° Complications d'ordre réflexe et mécanique.

Nous avons dit, en parlant des symptômes, que la répétition des poussées aiguës, suivie des résolutions imparfaites de la muqueuse, finissait par déterminer une tuméfaction notable des formations lymphoïdes du rhino-pharynx.

Cette hypertrophie (de la muqueuse nasale, des amygdales et de l'amygdale pharyngée) ne sera pas sans déterminer des troubles divers d'ordre réflexe ou mécanique. Ils ont déjà été étudiés dans les auteurs. Nous allons seulement les mentionner ici en les groupant.

Les végétations adénoïdes trop étendues mènent peu à peu à la *surdité*. Chez bien des adultes

sourds ce sont les phlegmasies chroniques du rhino-pharynx pendant l'enfance qu'il faudra incriminer. Les amygdales tuméfiées peu à peu modifieront et compromettent quelque fois la voix ; enfin la muqueuse du nez, boursouflée et hypertrophiée par ce long processus chronique (rhinite hypertrophique) déterminera tantôt de l'obstruction et tantôt, sa sensibilité exagérée, surtout chez des sujets à tendances névropathiques, sera une des causes d'apparition de *l'asthme*.

« Quand il s'agira de formuler un traitement, dit
« M. le professeur Potain, n'oubliez pas l'asthme réflexe
« d'origine nasale. C'est dans ces cas qu'une indication
« appropriée vous donnera les plus grands succès ».

Enfin chez un grand nombre de jeunes enfants, de deux à six ans, on observera souvent à la suite de ces phlegmasies rhino-pharyngo-amygdaliennes attardées et traînantes, on observera disons-nous des *accès de stridulisme* ou faux-croup.

Mais ici, il ne suffit pas évidemment de cette infection chronique ayant entraîné la tuméfaction de l'anneau de Waldeyer pour créer de toutes pièces ces accès réflexes de faux-croup. Il faudra encore, comme pour l'asthme, que l'enfant, de souche nerveuse, possède une hyperexcitabilité réflexe générale très accusée. L'obstruction et la sensibilité exagérée du rhino-pharynx suffiront alors à jouer le rôle de cause déterminante, et le stridulisme apparaîtra.

Ces faits ont bien été mis en lumière par MM. Lubet-Barbon, Duplaix, etc., et la guérison du catarrhe naso-pharyngo-amygdalien, ou dans certains cas, l'ablation

du tissu adénoïde hypertrophié, entraînent la disparition à peu près définitive des accès striduleux.

Faut-il encore citer, dans ce groupe, l'incontinence nocturne d'urine (1), la céphalée (2), l'apathie intellectuelle, l'emphysème pulmonaire et les déformations thoraciques (thorax en carène, gouttières latérales), dus aux difficultés de la respiration ?

Tout cela nous entraînerait trop loin, et aussi nous ne voudrions pas encourir le reproche, que nous avons entendu spirituellement formulé, à savoir que depuis quelque temps « en mettant le nez dans la pathologie, on mettait toute la pathologie dans le nez » !

Cependant il nous reste encore à parler des complications à distance.

3^o Complications à distance.

Infections générales et viscérales. — Parmi les microorganismes que nous avons signalés dans la cavité rhino-pharyngée, vivant à l'état latent, il en est dont l'exaltation de vitalité pourra, à un moment donné, déterminer des accidents généraux. Une rhinopharyngo-amygdalite chronique, ou des poussées aiguës au cours de cet état chronique, seront une des

(1) Groenbach, *Arch. lary.*, II, 2, 94.

(2) Menière. *Arch. lary.*, 1888, p. 238, et Straight, *Med. News*, nov. 1895.

causes pouvant suffire à forcer la fragile barrière épithéliale et à favoriser ainsi l'envahissement de l'économie par ces microorganismes ou par ceux qui y seront semés en ce moment.

Ainsi pas n'est besoin de rappeler ici le processus de l'infection diphtérique. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'en cas de diphtérie, il s'agit d'une infection primitivement locale, rhino-pharyngo-amygdalienne, et non plus, comme on le croyait autrefois, une infection d'emblée, *totius substantiæ*, dont les fausses membranes seraient une des traductions.

Enfin nous rappellerons les travaux de nos maîtres en pathologie générale, M. Bouchard, M. Landouzy qui ont observé *des néphrites* (1) à la suite d'amygdalites aiguës, et ce qu'une amygdalite aiguë peut faire une rhino-pharyngo-amygdalite est sans doute capable de le réaliser, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà dit, de fréquentes poussées aiguës surviennent au cours de ce processus chronique.

De ces faits, un peu anciens, nous rapprocherons l'enquête plus récente à laquelle s'est livré en 1897 M. Gallois (2), à Lariboisière, en vue d'établir, par des observations, une relation de causalité qu'il soup-

(1) Bouchard, *Revue de médecine*, 1881. — Landouzy, *Progrès médical*, août 1883 et *Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1885. — Cornil, *Leçons sur la pneumonie*, 1886.

(2) P. Gallois, *Bulletin médical*, 26 septembre 1897 et Thèse de Letainturier de la Chapelle.

connait entre la *néphrite* ou l'*endocardite* d'une part, et l'infection du rhino-pharynx d'autre part.

Son enquête établit que chez cinq sujets de cinq à vingt ans (période dite adénoïdienne de la vie) et accusant de la *néphrite* avec albuminurie, on n'a pu retrouver dans les antécédents rien qui put servir d'étiologie à ces néphrites, aucune cause pouvant expliquer le développement du mal de Bright.

Or, tous ces cinq sujets étaient cependant porteurs de végétations adénoïdes et de rhinite purulente.

En ce qui concerne l'*endocardite*, les résultats des huit observations recueillies ne sont pas assez probants quant à sa relation de causalité avec l'infection chronique du rhino-pharynx.

Cependant tout dernièrement on est revenu, en Amérique, sur cette question.

Ainsi Parckard (1) rapporte cinq observations d'endocardite au cours de poussées aiguës d'amygdalite. Dans tous ces cas il n'y a eu antérieurement aucune histoire de douleurs articulaires. La connexion entre les deux affections, paraît très probable au médecin américain et il demande qu'à l'avenir on se tienne sur ses gardes contre la possibilité d'une endocardite au cours d'une amygdalite.

Enfin parmi les infections viscérales et chroniques à point de départ quelquefois rhino-pharyngo-amygdalien, nous devons citer la *Tuberculose*.

(1) Parckard, *Endocarditis of tonsillar origin with a Rapport of five cases* (in *Revue de Laryng. de Moure, de Bordeaux*, 2 décembre 1899).

Ici la question est de toute importance, et surtout semble bien définitivement mise au point.

Des expériences entreprises par M. le professeur Dieulafoy il résulte pour lui que, dans bien des cas, la tuberculose pulmonaire est précédée par la tuberculose — atténuée, latente, fruste — *larvée* pour se servir de son propre terme, des amas lymphoïdes du rhino-pharynx, et cela surtout chez les jeunes sujets (1).

Le professeur Dieulafoy a inoculé à 61 cobayes des fragments d'amygdales et des végétations adénoïdes ayant cliniquement tous les caractères de l'hypertrophie simple. Huit sont devenus tuberculeux. Il en a conclu que ces lésions d'hypertrophie (lesquelles sont le plus souvent déterminées, ainsi que nous l'avons vu, par une série de rhino-pharyngo-amygdalites répétées), ces lésions, disons-nous, simples et bénignes en apparence, étaient en réalité et dans plusieurs cas, des formes larvées de tuberculose primitive des amygdales.

On a objecté à cette interprétation, que le bacille de Koch, s'il est vrai qu'il siège quelquefois à l'état normal dans le rhino-pharynx, n'existe là que dans les concrétions lacunaires et, pour ainsi dire, *externe* au tissu lymphoïde, protégé lui par son revêtement épithélial.

Pourtant il n'en est pas moins vrai qu'il est là, le bacille de Koch, avec sa virulence latente. Des poussées répétées de rhino-pharyngo-amygdalite pourront bien exalter cette virulence d'une part, et d'autre part,

(1) Dieulafoy, Communication à l'Académie de médecine, 30 avril 1895.

déterminer la disparition de l'obstacle épithélial, et, en somme, à un moment donné, le bacille ne se trouvera plus *externe* au tissu lymphoïde; il y pénétrera et envahira, de proche en proche, les lymphatiques, les ganglions cervicaux, trachéo-bronchiques et enfin le poumon.

Cela résulte d'ailleurs bien clairement des travaux les plus récents sur la question.

Aiasi Baup (1), sous la direction de M. Lermoyez, a pu faire des recherches histologiques nombreuses sur un grand nombre d'amygdales atteintes d'hypertrophie en apparence simple. Il a de plus, comme le professeur Dieulafoy, inoculé ces tissus à des animaux et, dans son travail, il conclut de toutes ces recherches, que le bacille de Koch peut pénétrer et organiser des lésions primitives de l'une ou l'autre amygdale, et cela surtout chez les enfants de deux à seize ans. La discussion, ajoute-t-il, n'est possible aujourd'hui que sur la plus ou moins grande fréquence du fait.

Comme étiologie de cette infection primitive, Baup a trouvé *l'hérédité tuberculeuse* dans les deux tiers des cas, proportion énorme et dont on peut inférer que le contagement direct par la cohabitation avec des parents tuberculeux est à incriminer. Il a aussi trouvé, comme facteurs de contagement, *l'air respiré*, et *les aliments tuberculeux* (lait et viandes contaminés; aliments crus).

Au point de vue pratique il faudra donc conclure de

(1) Baup, *Les Amygdales, portes d'entrée de la Tuberculose*, Th. de Paris, 1900.

tous ces faits que l'on doit prévenir autant que possible les amygdaliens, surtout ceux de souche tuberculeuse, de toute cause de contamination possible.

Le fait suivant, observé par M. Landouzy, est bien, comme le dit Baup, éloquent et se passe de tout commentaire.

Il s'agit d'un jeune homme de souche bacillaire et qui était atteint de fréquentes amygdalites et d'hypertrophie en apparence simple des amygdales. M. Landouzy le soigne pour cela et il est frappé aussi de l'aspect débile de candidat à la tuberculose que présente le jeune homme.

Ce dernier, malgré l'opposition de son médecin et de sa famille veut à toute force entreprendre des études de médecine. Elevé dans un service d'hôpital, on prend soin de l'éloigner à chaque poussée aiguë d'amygdalite.

Néanmoins il fait un jour une angine grave; à la suite de celle-ci, et vraisemblablement par voie lymphatique, se produit une tuberculose pulmonaire qui évolue vers la mort en dix-huit mois.

Voilà, ce nous semble, une observation bien faite pour corroborer cliniquement les faits expérimentaux inaugurés par M. Dieulafoy.

Nous terminerons ce chapitre en rappelant que nous avons vu plus haut le champignon de l'*actinomyose* habiter normalement le rhino-pharynx. Ce dernier pourrait donc *a priori*, et par analogie avec les infections de nature différente, être considéré comme la

porte d'entrée de l'actinomyose en certains cas, et à la faveur de rhino-pharyngites à répétition.

Nous avons jusqu'ici rappelé et essayé de grouper toutes ces nombreuses complications déjà connues, consécutives à l'infection chronique rhino-pharyngo-amygdalienne, en en faisant une revue d'ensemble. Nous allons maintenant citer les observations et les faits qui permettent, croyons-nous, d'ajouter aujourd'hui de nouveaux méfaits à la liste déjà longue de ceux que nous avons énumérés.

Ceux dont nous allons parler sont souvent totalement ignorés et méconnus. C'est pourquoi nous les exposerons en détail.

CHAPITRE IV

A) Troubles digestifs liés à la Rhino-pharyngo-amygdalite chronique.

Il n'y a pas bien longtemps que l'attention a été attirée de ce côté. Des observations précises sur ce sujet n'ont été rapportées que depuis peu.

Cependant nous devons à la vérité de dire que cette influence de l'infection du rhino-pharynx sur le tractus gastro-intestinal a été entrevue et signalée en quelques mots par nos devanciers.

On avait signalé *la gêne de la déglutition, les vomiturations*. Chassaignac (1) alla plus loin, et dans les nombreuses leçons cliniques qu'il fit à l'hôpital Lariboisière sur l'amygdalite chronique et ses multiples complications, il signale incidemment, et comme en passant, que cette affection détermine parfois « un état dyspeptique par suite des hypersécrétions pharyn-

(1) Chassaignac, *Gazette des hôpitaux*, 1854.

giennes, qui quelquefois sont purulentes ». Balme, dans sa thèse soutenue en 1888, termine en signalant « de la dyspepsie avec ou sans dilatation de l'estomac, avec ou sans gastralgie, chez des adultes atteints d'hypertrophie amygdalienne ».

Louis Fischer (1), dans le *Médical Record* pour 1891, signale son propre cas et dit qu'il a observé sur lui des troubles dyspeptiques au cours d'un catarrhe rhinopharyngé, et il se demande si « ces deux catarrhes ne sont point sous la dépendance l'un de l'autre ».

En 1896, la thèse d'Alfred Deglaire, soutenue devant cette faculté, mentionne en quelques lignes, sans beaucoup insister, un fait écourté qui rentre dans ceux que nous étudions. Deglaire dit tout juste :

« Nous avons pu obtenir, il y a deux mois à peine, un cas de guérison remarquable de catarrhe stomacal (perte d'appétit, vomissements, douleurs, etc.) chez une malade atteinte de catarrhe naso pharyngé, et ce par un simple traitement des lésions des arrières-fosses nasales, alors que toutes les médications gastriques n'avaient donné aucun résultat appréciable. »

Puis Gastou, dans la thèse de Audat (Paris, 1898), appelle l'attention sur des cas d'anorexie, vomissements et diarrhées fétides survenus par suite d'ingestion de crachats fétides. M. Lermoyez signale bien cette étiologie dans le *Traité des maladies de l'Enfance*, à l'article Rhinites, et il a soin d'ajouter que

(1) Louis Fischer, *Naso pharyngeal catarrh a causative factor in gastric catarrh*.

« rarement on songe à rapporter *aussi haut* la cause de ces troubles intestinaux ».

Depuis, M. Triboulet, à propos de l'étiologie de l'entérite muco-membraneuse chez les enfants, cite trois observations, où il incrimine des poussées d'adénoïdite contemporaines, comme cause de l'affection intestinale (1).

Enfin M. Aviragnet consacre (1900) un mémoire à la question et il signale ces troubles à l'attention de ses auditeurs — dont nous étions — aux Leçons qu'il fit dans le courant de l'été 1900 à l'hôpital des Enfants.

Il y revient ensuite en d'autres publications, s'efforçant ainsi de tirer la question de l'ombre où elle était restée jusqu'à présent.

Il faut donc admettre aujourd'hui que les enfants atteints de rhino-pharyngite et amygdalite chronique sont souvent et consécutivement atteints de troubles dyspeptiques, vomissements, diarrhée, entérite glaireuse, colite dysentérique.

Cependant il est utile que nous spécifions. Nous voulons seulement parler ici des troubles digestifs liés à l'inflammation chronique avec hypersécrétion purulente de la muqueuse du nez, du rhino-pharynx et des amygdales, et non pas des troubles gastro-intestinaux *secondaires*, soit aux déterminations rhino-pharyngées des pyrexies infectieuses, soit aux infections généralisées par streptocoque, pneumocoque, etc.

Dans ces derniers cas, en effet, les troubles digestifs

(1) Triboulet, *Archives de médecine des Enfants*, 4 mars 1898.

doivent rentrer dans les gastro-entérites que M. Marfan a classé parmi celles déterminées par les toxi-infections généralisées (1).

Pour en revenir donc aux troubles digestifs que nous étudions en ce moment, les faits se présentent comme il suit :

On verra tantôt des vomissements opiniâtres résistant à toutes les médications, s'arrêtant pendant quelque temps pour reprendre ensuite sans aucune cause apparente, et amenant à la longue un état d'inanition qui peut devenir sérieux ; d'autres fois c'est une diarrhée dont on s'évertue à rechercher la cause et qui demeure rebelle aux médications ou sur laquelle ces médications n'ont qu'un effet momentané.

End'autres circonstances, c'est de l'entérite membraneuse qu'on observe et l'expulsion des glaires s'accompagnera de coliques parfois très douloureuses.

Dans un des cas que nous rapportons plus loin, nous avons même vu la diarrhée se compliquer de còlite dysentérique et les selles être teintées de matières sanguinolentes.

(1) « L'élimination des microbes et des poisons par les voies digestives est la principale cause de ces gastro-entérites secondaires.

« La muqueuse gastro-intestinale et le foie représentent des voies d'élimination pour les microbes et surtout pour les poisons », dit M. Marfan, en s'appuyant sur les faits cliniques et sur les expériences de M. Charrin.

« A.-B. Marfan, *Les Gastro-Entérites des Nourrissons*. Paris, 1900.

On institue des traitements symptomatiques et, dans la plupart des cas que nous connaissons, nous voyons ces traitements échouer d'emblée ou n'amener que des améliorations passagères.

On songe enfin au rhino-pharynx — ce que l'on devrait toujours faire chez l'enfant, systématiquement. Et qu'y trouve-t-on?

On est tout surpris de trouver l'arrière-gorge rouge, turgescente, recouverte de filaments purulents; on remarque des amygdales volumineuses, enflammées et l'on s'aperçoit alors que l'enfant est en même temps atteint d'un coryza qui dure on ne sait plus depuis quand, et auquel on n'avait pas autrement attaché d'importance.

En certains cas, au contraire, l'examen de l'arrière-gorge semble négatif, le rhinopharynx a l'apparence indenne. Ici l'infection localisée en un point peu accessible au moyen d'investigations ordinaires, (le *cavum* par exemple) reste encore ignorée et non traitée.

C'est alors ici qu'il faudra quelque perspicacité et, à défaut de rhinoscopie postérieure, impossible ou très difficile chez l'enfant, chercher à dépister autrement l'infection probable qu'on soupçonne.

On commencera d'abord par introduire l'abaisse-langue un peu profondément, de façon à provoquer des réflexes nauséeux, lesquels auront pour résultat de faire descendre sur la paroi postérieure du pharynx ou derrière la luette un peu de muco-pus élaboré et dissimulé dans le *cavum* et que l'enfant déglutit sans cesse.

On fera ensuite une petite enquête complémen-

taire, mais indispensable pour ces cas obscurs, et qui donnera le plus souvent la clef du problème.

On apprendra alors que l'enfant est atteint de bronchites répétées, ou qu'il a eu une otite moyenne, ou encore qu'il a fréquemment les yeux larmoyants, enflammés, malades, ou enfin qu'en dormant il ronfle un peu.

Autant de renseignements importants qui groupés, ou même isolés, devront dans ces cas peu évidents, faire songer à une infection chronique de la muqueuse rhino-pharyngée avec une poussée aiguë ou subaiguë sur l'un de ses points.

Dès lors, concurremment à la thérapeutique symptomatique, nous voyons, dans les observations rapportées plus loin, entrer en ligne un traitement local rhino-pharyngé. Et, comme par enchantement, les vomissements rebelles s'arrêtent, la diarrhée tenace, les troubles dyspeptiques cèdent rapidement et disparaissent.

Comme l'écrit pour son cas M. Breton, dans certaines circonstances il semble que l'observation clinique ait toute la valeur d'une expérience de laboratoire.

En effet, à partir de ce moment où tout est rentré dans l'ordre, on se met à observer l'enfant de près. Soudain, nouvelles manifestations gastro-intestinales. Prévenus, on examine cette fois l'arrière-gorge de suite et on trouve une nouvelle poussée de rhino-pharyngite. Et encore une fois le traitement local appliqué fait disparaître cette nouvelle poussée, et à sa suite disparaissent encore les troubles digestifs.

N'est-ce pas concluant ?

Mais à quoi attribuer cette solidarité ?

Ceci nous amène à dire un mot de la pathogénie. Nous n'admettrons pas celle de Balme qui voudrait mettre les troubles gastro-intestinaux sous l'influence de réflexes à point de départ tonsillaire, et cela parce que la cautérisation ignée de cette région provoquerait des douleurs épigastriques et de l'hypersécrétion de l'estomac. Autant cette théorie pathogénique semble compliquée, autant est simple celle à laquelle se rattache M. Triboulet pour les faits qu'il lui a été donné d'observer.

Pour lui, en effet, l'enfant rejetterait tout simplement par son intestin la surabondance de mucosités sécrétée par son adénoïdite aiguë. Les glaires intestinales ne répondraient plus alors qu'à des produits *de passage*, et ne seraient pas dûs à une détermination anatomo-pathologique intestinale, à une entérite.

Cette explication si simple serait peut être possible dans quelques cas, mais nous ne croyons pas qu'elle soit applicable à l'ensemble de tous les troubles observés.

Aussi l'explication donnée par Beau dès 1843 nous paraît-elle bien plus plausible. Nous voulons parler de la *pyrophagie*, et nous ne saurions mieux faire que de citer ici en entier, à ce propos, ce que dit notre maître M. Marfan sur cette pathogénie des gastro-entérites consécutives aux infections des voies respiratoires (1) :

(1) A.-B. Marfan, *Les Gastro-Entérites des Nourrissons*, Paris, 1900.

« Il n'est pas douteux que, dans nombre de cas,
« les infections des voies respiratoires, provoquent des
« troubles digestifs par le mécanisme de l'élimination,
« par les voies et glandes digestives des microbes et
« surtout des toxines..... Mais on doit se demander
« si dans quelques cas il n'y a pas infection directe du
« tube digestif par *déglutition des exsudats micro-*
« *biens* venus des voies respiratoires. En cas de
« coryza, le nourrisson qui ne sait pas se moucher
« déglutit en partie les sécrétions morbides du nez :
« s'il y a stomatite, angine, *adénoïdite*, les produits
« septiques de la bouche, du rhino-pharynx sont fata-
« lement déglutis..... Il est facile de s'en assurer par
« l'examen du carrefour pharyngé ; c'est là qu'on voit
« les masses muco-purulentes ou purulentes, les pro-
« duits septiques, pénétrer dans l'œsophage. D'ail-
« leurs, lorsqu'on lave l'estomac des nourrissons
« atteints d'une infection des voies respiratoires, on
« ramène presque toujours de grandes quantités de
« mucosités. »

Ainsi la déglutition de produits rhino-pharyngés muco-purulents septiques, la pyophagie semble bien être la cause des troubles provoqués sur le tractus gastro-intestinal, puisque ces derniers se produisent, que l'infection porte sur les premières voies respiratoires, nez, rhino-pharynx aussi bien que sur les voies inférieures, larynx, trachée, bronches.

Une autre preuve pour étayer cette pathogénie serait peut-être de rechercher et de retrouver dans les selles la présence des agents pathogènes préalablement

trouvés dans les produits sécrétés par le rhino-pharynx enflammé.

Mais nous savons d'une part que les microbes introduits dans l'estomac et l'intestin subissent l'action bactéricide du suc gastrique, des acides biliaires, de l'épithélium intestinal, et n'agissent alors que par les toxines fabriquées. Et d'autre part, cette recherche serait-elle absolument concluante, étant donnée la richesse en bactéries de l'intestin lui-même? La prédominance même de tel ou tel agent pathogène ne serait pas, dans ces conditions; une démonstration absolue de la spécificité et de l'exclusivité de son action.

En tout cas, ce qu'il en résulte de certain, c'est que certains états dyspeptiques chez les enfants sont nettement sous l'influence d'un catarrhe rhino-pharyngo-amygdalien.

Nous en donnons plus loin les observations.

**B) Accès de fièvre de type différent pouvant même
simuler le Paludisme et
consécutifs aux rhyno-paryngites et amygdalites.**

Les accès de fièvre qui accompagnent les poussées aiguës survenant au cours des rhino-pharyngo-amygdalites chroniques, peuvent revêtir différentes formes. Lorsque l'infection rhino-pharyngée est assez

bruyante et qu'elle s'accompagne de phénomènes locaux assez intenses, le diagnostic ne s'égare point.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, comme précédemment pour les troubles digestifs, l'infection de la muqueuse est sourde, localisée en un de ses points souvent mal accessible à la vue ; il existe à peine une légère rougeur de la muqueuse, pas de coryza bien évident, pas d'adénopathie concomitante, pas de dysphagie, — et alors la légère phlegmasie rhino-pharyngée est facilement méconnue, et on donne à la fièvre une étiologie erronée : on la qualifie le plus souvent de fièvre de croissance ou de fièvre dentaire.

Puis la fièvre persistant, on recherche l'invasion d'une pyrexie infectieuse donnée et on ne trouve rien, pas trace d'éruption. On pense alors à un accès de paludisme, malgré des antécédents qui, *a priori*, éloigneraient cette hypothèse. On prescrit donc la quinine, — et rien n'y fait.

Surviennent alors quelques complications d'un autre ordre de la rhino-pharyngite, comme une otite, une kératite, des bronchites répétées, et l'on songe tout à coup à examiner l'arrière-gorge avec grand soin.

On la trouve malade en y faisant bien attention et l'on institue le traitement local. Et ce dernier amène après lui la sédation des accès fébriles, pris quelquefois pour des accès paludiques et contre lesquels on avait vainement lutté avec le traitement quinquique.

N'est-ce, pas là encore une preuve, entre tant d'autres déjà, que cet examen du rhino-pharynx, examen sérieux et attentif, est de rigueur dans l'enfance ?

A l'appui de cette seconde variété de faits, nous rapportons ci-dessous quelques observations également. Il nous sera alors permis d'en tirer les conclusions.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à M. Aviragnet).

Rhino-pharyngite accentuée. Accès fébriles intenses et fréquents. Entérite membraneuse.

C'est celle d'un petit garçon que je vis pour la première fois en mai 1898; il avait à ce moment trois ans.

Depuis l'âge de dix mois, cet enfant était atteint d'une entérite muco-membraneuse qui avait résisté à tous les traitements. Et cependant la thérapeutique et l'hygiène avaient été aussi bien comprises par le médecin que sévèrement appliquées par les parents.

Cette entérite membraneuse avait des paroxysmes qui correspondaient à des poussées fébriles. Tous les quinze jours environ, l'enfant était pris d'une fièvre intense et la température montait à 40° et restait élevée pendant quatre jours. Au bout de ce temps l'accès cessait brusquement.

Ces accès fébriles, dit la mère, étaient toujours précédés d'une inflammation des muqueuses du nez et de

la gorge qui obligeait l'enfant à dormir la bouche ouverte.

Quand j'examinai le petit malade, je constatai une *rhino-pharyngite des plus accentuées*... L'enfant était pâle et triste. Les parents étaient véritablement désespérés de la persistance des accidents intestinaux qu'on ne parvenait pas à faire disparaître d'une manière définitive... J'instituai un régime sévère ; je fis faire de grands lavages de l'intestin à l'eau de guimauve bouillie additionnée d'hyposulfite de soude et je prescrivis un traitement très énergique du nez et de la gorge ; injections antiseptiques, attouchements de la gorge avec un collutoire boraté et de la glycérine iodée, cautérisation des amygdales, au galvano-cautère.

L'entérite muco-membraneuse s'amenda progressivement. Six mois après l'enfant était fort vigoureux. Son tube digestif fonctionnait à souhait. Depuis il se porte très bien.

OBSERVATION II (M. Aviragnet).

Rhino-pharyngite et amygdalite chronique. Embarras gastriques répétés.

Fillette de six ans, qui tous les mois présentait de l'embarras gastrique : langue blanche, appétit nul, parfois quelques vomissements.

Avec un laxatif et des antiseptiques gastro-intesti-

naux tout rentrait dans l'ordre, mais peu de temps après les accidents se reproduisaient. Dans l'intervalle des crises, la fillette paraissait bien portante, mais la langue restait sale, et l'haleine était parfois fétide.

L'examen du nez et de l'arrière-gorge révélaient un très léger degré de rhino-pharyngite, mais les amygdales étaient grosses et enflammées chroniquement. Je rattachai les troubles gastriques au mauvais état des amygdales et je conseillai leur ablation. Je ne pus l'obtenir qu'au bout d'une année durant laquelle la fillette eut sept à huit fois des embarras gastriques. *Dès que l'amygdalotomie eut été faite, les troubles digestifs disparurent.*

OBSERVATION III (due à M. Aviragnet).

Rhino pharyngite et Amygdalite chronique. — Troubles gastro-intestinaux.

Jeune homme de seize ans. Me consulte en 1897, pour des troubles gastro-intestinaux déjà anciens, mais qui avaient subi une recrudescence en ces temps derniers.

La langue était saburrale, l'appétit à peu près nul, les digestions étaient lentes. Constipation et selles fétides. En même temps le jeune homme se plaint d'un coryza chronique purulent.

Je trouvais son pharynx rouge et suintant. Ses

amygdales grosses, irrégulières, déchiquetées, étaient recouvertes d'un enduit pulacé qui existait, paraît-il, d'une façon permanente. Avec le doigt, on faisait sourdre des cryptes une sécrétion abondante et fétide. A dix ans notre malade avait déjà subi l'ablation des végétations adénoïdes. Le traitement institué consistait en grands lavages du nez, en injections d'huile résorcinée ; les amygdales furent détruites à l'aide du galvano-cautère.

Pour l'intestin : laxatifs, antiseptiques et grandes irrigations chaudes.

Au mois de juillet 1898, le jeune homme était transformé. Le coryza avait disparu. Le pharynx apparaissait normal, les amygdales devenues plus petites n'offraient plus la moindre sécrétion. L'odeur fétide de l'haleine avait disparu. La langue n'était plus recouverte de l'enduit saburral, les digestions étaient meilleures, les selles se faisaient spontanément (une saison à Châtel-Guyon régularisa définitivement les fonctions digestives). Depuis, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV (recueillie dans le service
de M. le professeur Grancher) (Personnelle).

*Adénoïdite. Bronchite. Diarrhée. Ictère. Colite
dysentérique.*

Louis C..., âgé de 6 ans, entre salle Bouchut, lit
n° 5, le 29 janvier 1901. Cet enfant, né à terme, a été

élevé au sein d'une façon régulière jusqu'à l'âge de 13 mois. A 8 mois, l'enfant a eu une bronchite. Depuis cette époque, tous les hivers, il est sujet à des bronchites répétées. D'autre part, il présente aussi fréquemment des diarrhées accompagnées de fièvre.

Samedi dernier, l'enfant, rentrant de l'école, se plaint de maux de tête, le ventre est douloureux, la fièvre est assez vive, la nuit a été très agitée. Dimanche le même état persiste ; en outre apparaît une diarrhée, jaune et demi-fluide.

Un médecin appelé constate 40° de fièvre et prescrit de la quinine. L'enfant n'a rien mangé depuis dimanche.

A son entrée, on constate de l'infection chronique du rhino-pharynx accompagnée d'adénopathie cervicale considérable et très douloureuse.

On prescrit des injections d'huile mentholée dans le nez et des attouchements du pharynx avec de la glycérine phéniquée faible.

Le 30 janvier, la température revient à la normale.

Le 5 février, la température se relève à 38°,4 : en même temps apparaît de l'ictère. Le foie est très gros, les matières restent colorées. La rate est normale. Rien au cœur ni aux poumons.

Le 9 février, le foie est moins gros, mais l'enfant se plaint beaucoup du ventre. La température est à 38° ; la rhino-pharyngite persiste toujours. Les jours suivants, le foie est toujours abaissé et gros, l'ictère persiste ; la température oscille entre 38° et 39°,5. Il y a

une toux persistante. Mais l'examen des poumons ne donne rien à l'auscultation. De même au cœur.

Le 16 février au soir, l'enfant a de la diarrhée : une des selles présente des glaires et des mucosités sanguinolentes.

Le 18 février, la rhino-pharyngite subit une poussée aiguë intense : en même temps l'enfant a une nouvelle selle dysentérique, avec un peu de sang rouge.

Les injections antiseptiques dans le nez, sont continuées ainsi que les attouchements du pharynx. On administre également 0,50 d'antipyrine. La rhino-pharyngite s'amende peu à peu, et l'enfant ne présente plus de troubles intestinaux aucun.

OBSERVATION V, (inédite) (due à M. L. Gunion).

*Végétations adénoïdes et hypertrophie amygdalienne.
Infantilisme génital. Bronchite purulente. Dyspepsie
avec ictère.*

Cr... H., né en 1884, a eu de grosses amygdales et des végétations adénoïdes dont il a été opéré et il a présenté très fréquemment de la suppuration rhino-pharyngée.

Chaque fois qu'il a la grippe, il rend des flots de pus par le nez. Or, cet enfant a très fréquemment des poussées de bronchites à répétition avec expectoration purulente invraisemblable.

Mais ce qu'il a surtout, au point de vue spécial qui

nous occupe, c'est l'apparition intermittente d'*accidents digestifs* constitués surtout par de l'*inappétence*, des *nausées*, des *vomissements* et surtout du *subictère*. Ces poussées d'infection digestive se répétaient une ou deux fois tous les ans.

Maintenant qu'il a 16 ans, la gorge est infiniment en meilleur état ; le rhino-pharynx ne s'enflamme plus et les troubles digestifs ont de même disparu.

OBSERVATION VI (inédite) (due à M. L. Gunion).

*Végétations adénoïdes. Déformations thoraciques.
Bronchites répétées. Troubles digestifs.*

Cr... E., frère du précédent, né en 1885, est un type d'adénoïdien. Ses amygdales sont énormes ; la voûte palatine est déformée ; prognathisme très accentué et thorax en carène avec gouttières sternales. Son pharynx est toujours malade.

Bien qu'il ait été opéré très complètement à l'âge de 5 ans, il avait conservé pendant longtemps des poussées fébriles d'origine pharyngée qui ont fait penser à la tuberculose par leur persistance.

De plus, il est extrêmement nerveux. Délire pour la moindre fièvre. Mais ce qui a dominé surtout toute sa pathologie c'est l'existence de troubles digestifs.

Son pharynx est resté longtemps septique. Parallèlement l'appétit est extrêmement inégal. Les repas un peu copieux s'accompagnent de gastralgie. Son esto-

mac est fortement distendu par des gaz. L'enfant est d'habitude constipé, mais il présente à plusieurs reprises de la diarrhée. On conseille le séjour à la mer et le massage de l'abdomen systématiquement pratiqué.

Depuis, son pharynx a guéri et les troubles digestifs ont disparu de même.

OBSERVATION VII (par le Dr Breton, de Dijon, in *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900).

*Vomissements incoercibles liés à la rhino-pharyngite
et aux tumeurs adénoïdes.*

Un jeune garçon de 5 ans, blond, pâle de visage, amaigri, nous était présenté dans le courant de janvier 1899 :

Pas d'autre maladie dans les antécédents que la rougeole.

Elevé au sein, la dentition et la marche furent normales. Le développement physique paraissait se faire sans obstacle quand, en 1898, l'enfant fut pris de vomissements alimentaires.

Peu de temps après le repas, il rejetait plus ou moins complètement les aliments qu'il venait de prendre. Au début sa mère n'y prit pas garde, d'autant que ces vomissements étaient espacés.

Mais ils se rapprochèrent insensiblement et comme suite, l'enfant perdit ses forces, s'anémiat, pâlit et dé-

périt. Divers médecins furent consultés et divers traitements furent mis en œuvre sans résultat aucun.

Lors de notre examen, les vomissements étaient quotidiens. Les aliments étaient rejetés à peu près complètement, et ce après chaque repas. Quelques-uns étaient tolérés mais en petit nombre. Cet état persistant depuis plusieurs semaines, explique la mauvaise nutrition de ce jeune garçon.

L'exploration du tube digestif révèle une dilatation stomacale et cœcale, ainsi que du côlon transverse. Les selles, plutôt pénibles, surveillées par la mère sont *muco-membraneuses* et doivent être sollicitées. Mais tous ces symptômes n'ayant rien de très accusé ne pouvaient légitimer l'intolérance absolue de l'estomac.

Poursuivant nos investigations du côté de la gorge, nous voyons les amygdales un peu saillantes, des tumeurs adénoïdes sur la paroi pharyngée. Au toucher, le cavum est obstrué par de grosses végétations et le nez est le siège d'une double rhinite, marquée surtout à gauche.

L'enfant a le facies adénoïdien. Il respire la bouche ouverte, s'essouffle vite quand il court, ne peut jouer comme les autres enfants de son âge, ronflant souvent la nuit. Tous ces symptômes furent remarqués par la mère de longue date, mais elle n'y avait jusqu'ici attaché aucune importance. Nous instituons un traitement stomacal, prévenant la mère de son peu d'efficacité.

Convaincu que les vomissements tiennent aux lésions du naso-pharynx, nous réclamons une intervention de ce côté. Les événements justifient notre opinion.

Si les vomissements s'espacèrent ils ne disparurent point. L'ablation des végétations, les soins de la rhinite furent alors décidés. Notre confrère et ami le docteur Ripault, après avoir confirmé notre diagnostic, fit l'opération le 28 avril. Les végétations enlevées, le nez fut ensuite soigné et guéri.

Les résultats ne se firent pas attendre. *Les vomissements cessèrent complètement.* L'enfant reprit son appétit, sa bonne mine, son poids augmenta.

Nous n'avions pas entendu parler de lui, quand récemment sa mère nous apprit que les vomissements tendaient à se reproduire.

Le petit malade nous fut amené et nous lui trouvions une rechute de rhino-pharyngite, plus accusée encore du côté gauche.

A l'instar d'une expérience de laboratoire, la rhino-pharyngite fut soignée et de rechef disparurent les vomissements. Et M. le docteur Breton ajoute :

« L'inefficacité de tout traitement symptomatique, la rechute signalée, justifient bien la relation de cause à effet entre la rhino-pharyngite et les troubles digestifs chez certains enfants. »

OBSERVATION VIII (M. Triboulet).

Rhino-pharyngite et amygdalite chronique.
Entérite glaireuse.

L'enfant M. T..., âgée de huit ans, grêle, mais de

bonne santé, a une hérédité chargée : grand-père paternel (lithiasé biliaire et rénale), grand-père maternel (goutteux) mère atteinte à plusieurs reprises de coliques hépatiques. Cette enfant se serait plainte depuis longtemps, par intermittences, de coliques fugaces. Cette enfant est atteinte d'amygdalite chronique et de végétations adénoïdes prononcées qui se sont accompagnées fréquemment des poussées aiguës à allures d'angine fébrile, et d'attaques fréquentes de faux-croup. En mars 1897 à la suite d'une rougeole, survient une adénoïde aiguë à streptocoques, compliquée d'otite suppurée : eh bien ! pendant près d'un mois, avec cette complication pharyngo-otique, évolue un état intestinal défectueux provoquant des coliques fréquentes, répétées plusieurs fois par jour et suivies à maintes reprises du rejet de selles glaireuses et même de fausses membranes dont j'ai pu constater la présence personnellement, deux fois.

OBSERVATION IX (due à M. Triboulet).

Rhino-Pharyngite et Amygdalite chronique ; Selles dysentériques ; Entérite glaireuse.

Enfant A. P..., 6 ans de constitution vigoureuse, née de père robuste et de mère dyspeptique, hypocondriaque ; nourrie au sein dans des conditions très satisfaisantes jusqu'à 16 mois ; a été atteinte à 19 mois d'une poussée grave d'entérite (choléra infantile), à

la suite d'écarts de régime (viande, fruits, etc.), À cette époque, 1893, on a constaté l'existence de selles dysentériques, mais sans en étudier minutieusement les caractères au point de vue de la présence probable de fausses membranes.

Depuis lors, l'enfant reste « très sensible du ventre » et, à diverses reprises, elle a été atteinte, avec ou sans indigestion stomacale, de troubles intestinaux caractérisés par des douleurs, coliques parfois violentes avec réaction péritonéale vive (nausées, pouls rapide, fièvre légère, pâleur des téguments, pincement des narines) ; et, chaque fois le trouble morbide s'est accompagné d'entérite glaireuse, ainsi que du rejet de véritables fausses membranes. L'expulsion de celle-ci a fréquemment agi comme phénomène critique amenant la cessation des symptômes fonctionnels et généraux. Dans tous les cas, le régime lacté continu et l'emploi de doses minimales de calomel (3 à 8 centigr.) ; un seul jour, ont favorisé et activé la guérison.

Jusqu'ici, rien de bien spécial, mais il est à noter que cette enfant est porteur de végétations adénoïdes volumineuses, et voici ce que j'ai pu constater à maintes reprises, au cours et à la suite de poussées inflammatoires survenues dans son naso-pharynx : *il semble y avoir eu coïncidence, ou mieux filiation des troubles intestinaux et des désordres pharyngés*, ainsi qu'il ressort des détails suivants de son observation depuis tantôt 3 ans.

Avant l'époque où mon attention fut attirée sur les relations possibles des deux faits pathologiques, adé-

noïdite et entérite, je ne puis que rappeler leur coexistence certaine, mais non précisée par des détails ou par des dates, sauf pour une atteinte, en novembre 1895, époque à laquelle l'enfant eut des troubles gastro-intestinaux assez marqués. Or, voici qu'en mars 1896, en période de grippe, l'enfant est prise d'un coryza intense avec sécrétion purulente extrêmement abondante.

A chaque fois qu'on examine la gorge, il est facile de voir descendre le long du plan postérieur du pharynx de longues trainées muco-purulentes que l'enfant déglutit. L'état d'anorexie est complet, l'enfant a quelques nausées et, enfin, comme déjà je le prévoyais, elle est prise de troubles intestinaux : constipation avec coliques.

Un vomitif, grâce auquel elle rejette de gros paquets de mucosités, n'amène qu'une sédation à peine sensible. Deux jours plus tard, les coliques deviennent intenses, et ce n'est que grâce à l'emploi du calomel, deux doses de 3 centigrammes en un jour, que l'enfant se débarrasse, à la suite d'un lavement, d'un paquet considérable de glaires intestinales, accompagnant des matières brunâtres, légèrement ovillées. Pendant près de huit jours ensuite, il y a eu par intermittences des selles accompagnées de fausses membranes.

Dix-huit mois plus tard, en présence d'une angine pultacée à staphylocoques avec adénoïdite aiguë, survenue en avril 1897, je pus prédire toute la succession des phénomènes qui se déroulèrent comme la fois précédente (coliques très vives, glaires et fausses mem-

branes). Mais tandis que la première fois la fièvre était vive, en raison de la grippe, cette fois-ci l'évolution, après la phase aiguë d'angine du début, se fit sans élévation de température ; par contre, les phénomènes réactionnels furent très accentués, tant au point de vue de la violence des coliques, de la contraction des traits avec pâleur et facies grippé que des réactions générales, état syncopal et syncope même le premier jour de l'expulsion des matières glaireuses.

OBSERVATION X (inédite) (M. le Dr Boulay).

Pharyngite du Cavum, troubles gastriques.

Mlle Marie F....., 25 ans, vient nous consulter en mars 1898. Elle se plaint d'être gênée pour respirer par le nez depuis plusieurs années ; elle ne mouche pas, mais elle sent constamment des mucosités lui tomber dans l'arrière gorge. Ces mucosités sont d'un blanc jaunâtre, opaques, épaisses ; elle les crache difficilement : le plus souvent elle les déglutit involontairement.

A la rhinoscopie antérieure on constate une légère hypertrophie des cornets inférieurs ; à la rhinoscopie postérieure, la voûte du pharynx est rouge, mamelonnée et recouverte de muco-pus.

On cautérise les cornets au galvano et l'on badigeonne le pharynx nasal deux fois par semaine avec de la glycérine iodée au 1/30^e. Au bout d'un mois de

ce traitement, la respiration nasale devient meilleure et les sécrétions rétronasales diminuent notamment d'abondance.

En même temps la malade fait remarquer que des troubles gastriques fort pénibles (douleurs, flatulence, etc.) dont elle souffrait depuis de longs mois sans discontinuer, malgré les traitements les plus divers, ont à peu près disparu.

Cette coïncidence, singulière au premier abord, semble s'expliquer par la disparition des sécrétions nasales qui ne sont plus dégluties.

La continuation du traitement a amené la guérison complète et durable des lésions naso-pharyngées.

Revue deux ans plus tard, en mai 1900, la malade nous apprend qu'elle n'a plus jamais souffert de l'estomac.

OBSERVATION XI (inédite) (M. le Dr Boulay).

*Végétations adénoïdes ; rhino-pharyngite :
inappétence, diarrhées.*

Robert C., 8 ans, nous est amené en novembre 1897, pour une obstruction nasale que l'examen nous montre être due à la présence de végétations adénoïdes.

Les parents attirèrent également notre attention sur ce fait que l'enfant maigre, chétif, n'a pas d'appétit, se plaint du ventre après les repas, a souvent des crises de diarrhées et parfois des indigestions.

L'examen de la gorge répété plusieurs fois à quelques jours de distance fait constamment voir sur la paroi postérieure du pharynx une trainée de muco-pus épais Jaune, descendant du pharynx nasal et prêt à tomber dans l'œsophage. L'inspection du cavum avec le miroir montre les végétations adénoïdes recouvertes d'une couche de muco-pus : ce sont de véritables végétations suppurantes. L'enfant ne sait pas cracher et ne se mouche pas : il déglutit donc ces sécrétions.

L'ablation des végétations est faite le 25 novembre 1897. Après avoir persisté encore quelques jours, les troubles gastro-intestinaux cessent au bout d'une dizaine de jours et *n'ont pas reparu depuis*. En mai 1898, l'enfant continue à avoir un appétit normal et des fonctions digestives absolument régulières.

OBSERVATION XII (M. le D^r Aviragnet).

*Rhino-pharyngite chronique. Bronchites à répétition.
Troubles digestifs. Adénopathie cervicale. Accès de
fièvre simulant le paludisme.*

Michel X..., né à terme, le 8 février 1897, élevé au sein jusqu'à onze mois, puis au lait stérilisé. L'enfant a eu à différentes reprises, quelques troubles digestifs accompagnés de poussées de strophulus. Il a présenté dès les premiers mois de son existence un coryza chronique s'accroissant à certaines périodes, se calmant à d'autres, ne disparaissant jamais complètement. Ce

coryza chronique a été la cause de bronchites répétées (hiver 1898), d'une otite suppurée (1899).

Au mois de juillet 1899 l'enfant amaigri, très anémié quitte Paris et se rend au bord de la mer. Là, il est pris de fièvre, se présentant sous forme d'accès rappelant ceux de la fièvre intermittente, accompagnée de transpirations abondantes. En même temps apparaît une adénite sous maxillaire et parotidienne.

Les accès de fièvre ont duré pendant les mois de juillet, août et septembre. Le médecin avait porté le diagnostic de fièvre intermittente et prescrit le sulfate de quinine; le médicament atténuait la fièvre, mais ne supprimait pas les accès fébriles.

L'enfant revient à Paris en très mauvais état et je le vois pour la première fois, le 28 septembre 1899. Je trouve cet enfant maigre, pâle, ayant un teint de cire, atteint de diarrhée chronique, dormant mal, se tenant à peine debout, refusant de marcher. Ma première impression, après avoir entendu le récit des parents est qu'il s'agit d'un cas de tuberculose ou d'une anémie gravé d'origine paludéenne. Mais je ne trouve pas dans les accès fébriles, les caractères de la fièvre intermittente vraie. L'enfant a une poussée de fièvre qui dure d'une façon à peu près continue, pendant trois ou quatre jours, puis après plusieurs jours d'apyrexie, il se produit un nouvel accès fébrile. On ne retrouve pas là l'intermittence vraie des accès paludéens.

D'ailleurs, l'enfant n'a pas vécu dans un pays où le paludisme soit endémique. Enfin le foie n'est pas gros, la rate n'est pas augmentée de volume.

D'autre part l'examen des voies aériennes supérieures me permet de constater l'existence de rhino-pharyngite avec hypertrophie des amygdales ; les ganglions de la région sterno-mastoïdienne sont augmentés de volume.

Je me demande si l'infection se traduisant chez le bébé par les poussées fébriles intermittentes, n'a pas son point de départ dans le rhino-pharynx...

J'institue le traitement suivant : injection d'huile résorcinée dans les narines le matin et le soir ; attouchements du pharynx et des amygdales avec un colutoire boraté ; antiseptie des voies digestives par le calomel, l'huile de ricin, le benzo-naphtol et la magnésie ; régime alimentaire approprié.

Ce traitement amène rapidement une amélioration considérable. Je revois l'enfant, le 28 octobre, c'est-à-dire au bout d'un mois ; *la fièvre ne s'est pas montrée une seule fois* ; la diarrhée a disparu ; le sommeil est revenu. L'amélioration continue les mois suivants et l'on constate en janvier une augmentation de poids de deux kilogrammes. L'enfant est véritablement transformé. Nouvelle visite le 13 mars. L'état est moins satisfaisant.

Sous l'influence d'une grippe (fin janvier) il y a eu une poussée de rhino-pharyngite ; les troubles digestifs ont reparu amenant un peu d'amaigrissement, mais grâce au traitement du rhino-pharynx qui a été continué *les accès de fièvre ne se sont pas montrés*.

Je conseille l'ablation des végétations adénoïdes bien qu'elles ne soient pas très volumineuses, mais parce qu'elles sont vraisemblablement infectées et

peuvent être la source de poussées fébriles nouvelles. L'ablation a été faite par M. Castex, le 20 mars. Les suites ont été des plus simples et l'intervention a produit les meilleurs résultats.

Le 2 juin, l'enfant est aussi bien que possible ; il a engraisé ; il a très bonne mine ; il mange bien, digère bien. Les ganglions du cou ont disparu. Le rhino-pharynx et les amygdales sont en bon état. Il n'est plus question de fièvre.

OBSERVATION XIII (inédite) (M. le Docteur
Le Marc'Hadour).

*Rhino-pharyngite. Catarrhe tubaire et surdité. Accès
fébriles périodiques.*

Germaine A..., 10 ans, nous est conduite pour une surdité survenue brusquement après un gros rhume. Il s'agit d'une poussée de catarrhe tubaire consécutive à une poussée aiguë de rhino-pharyngite.

Le rhino-pharynx est chroniquement infecté et l'état actuel n'est qu'un épisode un peu plus bruyant que de coutume.

La voûte porte de petites végétations recouvertes de pus, les cornets inférieurs du nez sont gonflés. L'enfant au dire de la mère est de santé délicate ; elle s'enrhume facilement. Au moindre froid elle prend un coryza, tousse rauque la nuit. Elle a eu deux ou trois attaques de faux-croup.

En dehors de ces troubles la petite malade est pâle et maigre, l'appétit est médiocre.

Au moins une fois par semaine l'enfant doit garder la chambre avec un peu de fièvre, 38° à 38°,5.

Les accès fébriles revêtent ainsi une forme périodique et le médecin de la famille est obligé de songer à l'impaludisme. Mais la quinine reste sans effet sur la réapparition des accès. L'institution d'une hygiène alimentaire n'est guère plus efficace.

Le mauvais état du rhino-pharynx rempli de mucopus conduit à conseiller le grattage.

Mais par deux fois de nouvelles crises fébriles obligent à remettre l'intervention, qui peut enfin être pratiquée en mai 1900.

Les suites opératoires furent normales. Quinze jours après l'enfant a encore un peu de température, 38°,5 pendant deux jours : il restait encore quelques mucosités purulentes sur la voûte qui ont, depuis, tout à fait disparu.

Actuellement le pharynx et le nez sont en parfait état *et parallèlement ces crises fébriles périodiques n'ont jamais plus reparu*. L'appétit s'est beaucoup amélioré. L'enfant sort par tous les temps sans s'enrhumer. L'audition est redevenue normale.

Revue en janvier, 1901, l'enfant est toujours en parfait état. *Les parents n'ont plus revu de crises fébriles.*

OBSERVATION XIV (recueillie à la Consultation
de M. le D^r Marfan
Hôpital des enfants malades) (Personnelle).

*Rhino-pharyngite chronique. Otite. Colite
muco-membraneuse.*

Henri Bai..., 11 mois, est né à terme et a été toujours allaité au sein maternel d'une façon très régulière.

Depuis l'âge de 6 mois, l'enfant a présenté par intermittences des crises de coliques accompagnées d'évacuations dans lesquelles la mère remarque la présence de mucosités, de glaires. Ces crises étaient suivies de périodes d'accalmie complète, sauf, nous dit la mère, que l'enfant présentait un écoulement d'oreilles ainsi que du nez d'une façon continuelle.

L'enfant est conduit à un médecin qui ordonne quelques soins antiseptiques de l'oreille. En même temps, et contre les phénomènes intestinaux, il prescrit des lavements d'eau bouillie (un demi-litre deux fois par jour), et une potion au bismuth.

Cette médication, quoique continuée assez longtemps, n'amène aucun résultat : les phénomènes de colite muco membraneuse persistent toujours et les crises se sont fréquemment répétées depuis quatre mois. C'est pourquoi l'enfant est conduit à la consultation de l'Hôpital.

A l'examen on constate de la rhinite purulente et

de la pharyngite très marquée. L'otite s'est amendée. On prescrit des paquets de sulfate de soude à 1 gr. à faire prendre un par jour à l'enfant dans un peu d'eau sucrée.

Mais en même temps, on a bien soin d'instituer une médication locale, contre l'infection du rhino-pharynx : vaseline mentholée dans les narines ; lavages à l'eau bouillie de l'arrière-gorge tous les jours.

Trois semaines plus tard, le 13 avril, l'enfant nous est ramené par la mère qui reconnaît un complet changement dans la santé de son enfant. Les selles sont devenues normales ; les crises de coliques douloureuses ont disparu : il n'y a plus de mucosité dans les garde-robes.

Le nez a presque complètement cessé de couler.

Le rhino-pharynx est très sensiblement en meilleur état. Enfin, l'enfant qui présentait de temps en temps un peu de fièvre (correspondant à des poussées aiguës de sa rhino-pharyngite) n'en a plus eu depuis trois semaines. Aujourd'hui il a repris près de 500 grammes. Il se porte à souhait.

Néanmoins on conseille encore l'emploi de la pommade antiseptique dans le nez pendant quelque temps.



CHAPITRE II

Traitement.

Nous serons brefs ici, notre jeune expérience s'inspirant surtout des exemples et des leçons de nos maîtres.

Tous ces faits nous montrent l'importance considérable de la rhino-pharyngo-amygdalite chronique chez l'enfant.

Autant les conséquences qui résultent de cette affection si fréquente sont nombreuses, variées et quelquefois graves par leurs résultats immédiats ou éloignés, autant son traitement est simple et facile et permet d'éviter tous ces maux. C'est dire en même temps l'importance de ce diagnostic, et nous comprenons fort bien que notre maître M. Marfan ne cesse de répéter ce conseil, que chez les enfants il ne faut jamais négliger l'examen du rhino-pharynx, quelle que soit la cause pour laquelle les parents vous les présentent,

Dans le traitement à instituer il ne faut pas oublier d'envisager le terrain de l'enfant. Ce sera souvent un enfant à chairs pâles, molles, chez qui les moindres plaies auront un retentissement ganglionnaires persistant, avec lymphangite et œdème bien souvent. A ces enfants on ne manquera pas de prescrire le séjour à la mer aussitôt que possible; les bains salés si le déplacement à la mer est impossible; l'huile de foie de morue en hiver, l'iodure de fer en été, la liqueur de Fowler (trois à dix gouttes par jour). On leur prescrira aussi une alimentation saine et fortifiante.

Mais c'est surtout le *traitement local rhino-pharyngé* qui sera capital en l'espèce.

On prescrira des instillations d'huile antiseptique dans les fosses nasales, l'enfant étant couché et la tête basse dans les moments qui suivront l'instillation : l'huile gagnera alors rapidement le rhino-pharynx et toute la muqueuse est touchée, pansée par elle.

La seringue, construite sur les indications de M. Marfan sera, dans ces cas bien commode à employer.

Les formules dans le genre des suivantes sont employées par M. Marfan :

Instiller (1) trois gouttes, trois fois par jour dans les narines de :

Huile d'olive stérilisée..... 30 grammes.

Menthol..... 0,30 centigr.

(1) Dans ces instillation on aura avantage à se servir de la seringue spéciale que M. Marfan a fait construire.

Si la solution est destinée à être conservée pendant quelque temps, on substituera l'huile de vaseline à l'huile d'olive, les huiles végétales ayant le défaut de rancir au contact prolongé du menthol. On formulera :

Huile de vaseline.....	50 grammes.
menthol.....	50 centigrammes.

ou encore :

Huile d'olive stérilisée.....	50 grammes.
— résorcine.....	1 gramme.
Essence de menthe	2 gouttes.
	(Aviragnet).

Si l'enfant est trop jeune, il vaudra mieux de remplacer les instillations d'huile par des applications de pommade. Ainsi :

Vaseline.....	30 grammes.
Acide borique pulvérisé....	4 grammes.
Menthol.....	20 à 50 centigr.

à mettre trois fois par jour, gros comme un pois, dans chacune des narines de l'enfant.

Pendant ce temps, et concurremment avec les instillations, on aura soin de toucher chaque jour le rhinopharynx et les amygdales avec un tampon d'ouate, monté sur une pince ou une tige de bois, et trempé dans un collutoire antiseptique, comme l'un des suivants :

Glycérine neutre..... 20 grammes.
Acide phénique neigeux..... 30 à 50 centigr.

ou encore :

Glycérine 20 grammes.
Acide salicylique 1 gramme

Enfin, on sera contraint bien souvent d'en venir à des moyens plus radicaux. On devra alors conseiller la cautérisation des amygdales à l'aide du galvanocautère, ou même on sera amené à demander l'ablation de ces dernières, ainsi que le curettage des végétations qui encombrant l'arrière-gorge. Et la curette fera mieux, souvent, que tous les traitements médicamenteux préalablement tentés.

On choisira pour ces interventions, une période de calme, d'apyrexie et de suppuration moindre, et au préalable on antiseptisera la région pendant quelque temps, comme il est dit plus haut.

Les gargarismes ont peu d'action, mais ils donnent à l'entourage du petit malade une satisfaction morale qui est à retenir.

Dans le but de combattre les effets de l'infection sur l'organisme, une médication antiseptique *interne* sera opportune. Le *benzo-naphtol*, comme antiseptique intestinal, le *sulfate de quinine*, à titre d'antiseptique général, seront prescrits quelquefois. L'antipyrine agira efficacement contre l'élément fébrile et contre l'élément douloureux.

Enfin, une thérapeutique dirigée contre les compli-

cations elles-mêmes ne sera pas négligée, mais elle ne devra point faire oublier ni primer, en tous cas le *traitement local* rhino-pharyngé.



CONCLUSIONS

Des considérations et des faits qui précèdent, nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Le rhino-pharynx des enfants est sujet à s'enflammer avec une grande facilité et sous l'influence de causes diverses.

Cependant les dangers résultants de la multiplicité des agents pathogènes qui siègent à l'état permanent dans le rhino-pharynx et les amygdales, sont conjurés par les nombreux moyens de défense de cette région (agglutination des microbes par la salive, rénovation incessante des épithéliums ; propriétés d'attraction des micro-organismes sur les leucocytes migrants ; enfin et surtout la phagocytose).

II. — L'inflammation peut être aiguë, ou bien devenir chronique et présenter alors au cours de cet état des poussées aiguës ou subaiguës avec beaucoup de fréquence.

III. — Cette inflammation devient l'origine de complications nombreuses et diverses : *elle constitue ainsi*

pour l'organisme une menace permanente d'infection générale.

IV. — Les complications de la rhino-pharyngite aiguë ou chronique les plus connues jusqu'aujourd'hui sont les otites, les kératites phlycténulaires, les adénites, les laryngites striduleuses, les bronchites à répétition, etc.

Mais à la faveur de rhino-pharyngites répétées des maladies viscérales peuvent aussi avoir les amygdales et le rhino-pharynx pour porte d'entrée (telles la néphrite, l'endocardite et surtout la *tuberculose*).

V. — Outre ces complications dont la plupart sont aujourd'hui classiques, la rhino-pharyngite peut encore occasionner et tenir sous son influence :

Des troubles digestifs divers (vomissements; diarrhée; entérite glaireuse; colite dysentérique).

Des accès de fièvre pouvant ressembler à des accès paludiques.

VI. — Cette grande variété de troubles reconnaissant la rhino-pharyngite pour origine, doit faire un devoir aux médecins d'examiner *systématiquement* et avec soin l'arrière-gorge de tous les enfants qu'on leur présente. Cette règle mérite de devenir classique au même titre que l'examen systématique des urines chez l'adulte.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
GRANCHER.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Balme.* — De l'hypertrophie des amygdales palatines, etc. Thèse de Paris, 1888.
- Brieger.* — Verhandl, deutsche otol. gesells. Iéna, 1895.
- Brissaud* — De l'Asthme, Traité de Médecine, tome IV.
- Châtellier.* — Des tumeurs adénoïdes du pharynx, Paris 1886.
- Cuvillier.* — XIII^e Congrès Médical, Paris 1900.
- A. Deglaire.* — De la rhino-pharyngite chronique, Thèse de Paris, 1896.
- Duplaix.* — Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme.
- Dupuy.* — Thèse de Paris, 1822.
- Fischer.* — Médical record, 13 janvier 1891.
- P. Gallois.* — Bulletin Médical, 15 avril 1899.
- Gastou.* — La toux chronique spasm. émetisante...., in Journal de clinique et de Thérap. infantiles 1896.
- Gottlein.* — Berliner Klinisc. Vochensch. 1896, n^o 31.
- Grancher, Marfan et Comby.* — Traité des maladies de l'Enfance.
- Groenbach.* — Arch. laryn. II, 2, 1894.

Hugenschmidt. — Défense de la cavité buccale, in Annales de l'Institut Pasteur, 1896.

Hynitsch. — Inaugural Dissert. der med. Facultat. der K., Universistät Strasbourg (Hypert. der Tousillen).

Jeanseline. — Gazette des hôpitaux, 1890.

Lewin. — Tub. des Rachenmand, in Fraenkel Arch. fur larynx 1895.

Lubet-Barbon. — Revue des Maladies de l'Enfance, 1891.

Lublinsky. — L'asthme et les affections nasales. Annales d'anatomie, 1886.

Menière. — Arch. laryng. 1888, p. 238.

Moure. — Tub. larvée des Amyg. (Bull. Méd. 16 juin 1895.

Palas. — Toux pharyngée chez les enfants. Thèse de Paris, 1897.

Potain. — L'asthme réflexe, semaine médicale, 1892, P. 193.

Pflüder et Fischer. — Primäre lat. Tub... in Fraenkel Arch. 1896.

Sanarelli. — Centralb. für. Bakt Bd X. page 818.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Tauzin. — De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx, Thèse de Bordeaux, 88.

Wagnier. — Rapport des tumeurs adénoïdes du nasopharynx avec les otites moyennes purulentes chronique, in Revue de Laryng. Août 1891.

Paris. — Imprim. de la Faculté de Médecine, L. Boyer, 15, rue Racine.

